

Een nieuw perspectief: voorspellers voor vervangende zorg voor langdurig opgenomen patiënten

door R. Schellings, M.J. Haveman en O.H. Brook

Gepubliceerd in 1994, no. 8

Samenvatting

In dit artikel wordt verslag gedaan van de eerste fase van een onderzoek naar de effecten van vervangende zorg bij langdurig opgenomen psychiatrische patiënten. Centraal staat de vraag wie, volgens het oordeel van het behandelteam, in aanmerking komen voor vervangende zorg, aan welke voorziening hierbij wordt gedacht en welke factoren bij dit besluit een rol spelen. 1073 patiënten zijn betrokken in het onderzoek. Volgens de behandelteams komt ongeveer 44% van deze groep in aanmerking voor zorg buiten het psychiatrisch ziekenhuis binnen een termijn van één jaar. Voor circa 60% van deze patiënten is het zorgaanbod in beschermende woonvormen een reëel alternatief. De beste voorspellers om voor ontslag in aanmerking te komen zijn de houding van de patiënt ten aanzien van ontslag, de opnameduur en de sociale vaardigheden. Deze factoren zijn te beïnvloeden en daarom geschikt om de kans op ontslag te vergroten door middel van gerichte interventies. Het is aan te bevelen het langdurig verblijf in het psychiatrisch ziekenhuis tijdig ter discussie te stellen en iedereen die nog zorg behoeft de mogelijkheid op alternatieve zorg buiten het apz niet te ontnemen.

Inleiding

Sinds 1990 doet de vakgroep Epidemiologie van de Rijksuniversiteit Limburg onderzoek naar de effecten van vervangende zorg voor langdurig opgenomen psychiatrische patiënten. Het eerste doel is het opsporen van patiënten die, volgens het oordeel van het behandelteam, in aanmerking komen voor vervangende zorg. Tevens wordt geïnventariseerd aan welke voorziening hierbij wordt gedacht en welke factoren bij dit besluit een rol spelen. Het gaat met name om factoren die gemakkelijk te inventariseren en te beïnvloeden zijn, hetgeen betekent dat ze relevant zijn voor de zorgpraktijk.

Dit artikel doet verslag van deze eerste fase van het onderzoek. Naarmate iemand langer in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis (apz) verblijft, wordt de kans groter dat, in plaats van de behandel functie, de zorgfunctie centraal komt te staan. Sinds de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid (1984) wordt voor de groep langdurig opgenomen patiënten steeds vaker gedacht aan een andere vorm van zorg buiten het terrein van het apz. Apz-bedden zouden worden gesubstitueerd door, met name, plaatsen in de Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW). Uit de in 1993 door het ministerie van WVC uitgebrachte nota 'Onder Anderen' blijkt dat, na een decennium, deze gedachte nog steeds leeft. In 1993 waren er 40 RIBW'en met een erkende capaciteit van 3900 plaatsen. Dit aantal zou worden uitgebreid met 1400 plaatsen, zodat de totale capaciteit op termijn 5300 plaatsen zal bedragen. In dezelfde nota stelt de staatssecretaris: 'Bij een doorzetten van deze ontwikkeling blijkt een belangrijk deel van het huidige (oude) chronische bestand van het apz in aanmerking te komen voor de RIBW. Ik ben voornemens de COTG-normen, die een dergelijke ontwikkeling thans nog in de weg staan, te flexibiliseren'. En verder: 'Op de langere termijn zal dit zeker kunnen leiden tot een nader te bepalen vermindering van het aantal apz-bedden. Op de

kortere termijn kunnen in ieder geval afspraken - tussen overheden, verzekeraars en aanbieders - gemaakt worden over een selectieve reductie van minimaal 2000 apz-bedden' (ministerie van WVC 1993, p. 46). Hierbij speelt, met name wat betreft het eerste citaat, ons inziens een juiste indicatiestelling voor zorg buiten het apz een belangrijke rol. De wezenlijke vraag is niet alleen hoeveel patiënten in aanmerking komen voor andere zorg, maar ook wie in aanmerking komt voor welke voorziening. In eerder onderzoek bij een vijftal algemeen psychiatrische ziekenhuizen komt Haveman (1989) tot de bevinding dat, volgens het oordeel van het behandelteam, 30% van de patiënten die langer dan twee jaar zijn opgenomen, evengoed voor alternatieve zorg in aanmerking komen. Deze groep is in vergelijking met patiënten die niet voor vervangende zorg in aanmerking komen jonger, minder frequent gediagnostiseerd als schizofreen, beter geïntegreerd zowel binnen als buiten het ziekenhuis, minder agressief, korter opgenomen en meer sociaal vaardig.

Het belang van goede sociale vaardigheden komt ook naar voren bij Clifford e.a. (1991). Hun onderzoeksresultaten impliceren dat geringe sociale vaardigheden alléén over het algemeen geen reden is om een opname te continueren. In combinatie met ernstige gedragsproblemen zou dit wel het geval kunnen zijn. Fisher en Phillips (1990) vinden een duidelijk verband tussen opnameduur en verblijf in een apz. De kans op ontslag neemt sterk af naarmate de opname langer duurt. Een door hen ontwikkeld simulatiemodel laat zien dat na een gemiddelde opnameduur van twee jaar vier van de vijf bedden bezet blijven. Balestrieri e.a. (1987) onderzoeken de relatie tussen langdurig verblijf in een Italiaans psychiatrisch ziekenhuis en geslacht, leeftijd, beroepsniveau en diagnose. De psychiatrische diagnose, met name schizofrenie, blijkt de grootste kans te geven om langdurig te worden opgenomen. De andere variabelen spelen geen rol van betekenis. Dickey e.a. (1981) vinden dat patiënten die op jonge leeftijd zijn opgenomen (20 jaar) langer in het apz verblijven dan degenen die bij opname ouder waren. Een relatie tussen lang verblijf en oudere leeftijd, burgerlijke staat, opleidingsniveau, aantal eerdere opnamen, verblijf in andere instituten en de totale opnameduur werd niet aangetoond. Ondanks het feit dat veel factoren bekend zijn die invloed hebben op het ontslag uit een apz, is weinig bekend over de samenhang van relevante kenmerken in relatie tot de zorgverlening en het beleid. Verder is de besluitvorming van het behandelteam zelf nauwelijks onderwerp van onderzoek geweest. In de dagelijkse praktijk is het oordeel van het behandelteam echter duidelijk van invloed op de carrière van de patiënt. Bij het onderzoek waar thans verslag van wordt gedaan, staat bovenstaande centraal.

Methode

Het onderzoek strekt zich uit over zeven algemeen psychiatrische ziekenhuizen, in Midden- en Zuid-Nederland. De inclusiecriteria voor de deelnemende patiënten zijn: ouder dan 18 jaar, langer dan 1 jaar onafgebroken opgenomen, geen ernstige verstandelijke handicap (IQ 50), geen dementie en geen alcohol- en/of drugsafhankelijkheid. Voor de gehele Nederlandse apz-populatie betekent dit dat het gaat om ongeveer 11.000 patiënten (Piggz 1993).

Van alle patiënten op de verblijfs- en woonafdelingen van de deelnemende instellingen werd bepaald of zij voldeden aan de inclusiecriteria. Uiteindelijk werden 1073 patiënten in het onderzoek betrokken, ongeveer 10% van de landelijke doelgroep. De patiënten in het onderzoek zijn op de kenmerken geslacht, leeftijd, opnameduur en psychiatrische diagnose vergeleken met de landelijke registratiegegevens van alle algemeen psychiatrische ziekenhuizen (Piggz 1992). Er waren geen significante verschillen, hetgeen de representativiteit, wat betreft deze kenmerken, waarborgt. Aan de behandelteams van de onderzoekspopulatie werd gevraagd een inschatting te maken van de houding van de betreffende patiënt ten aanzien van ontslag en ten aanzien van de afdeling en van enkele sociale vaardigheden (boodschappen doen, koken, telefoneren en gebruik maken van het openbaar vervoer). Daarnaast werden het geslacht, de leeftijd, de duur van de huidige opname en de psychiatrische diagnose geïnventariseerd. Tevens werd aan de teams de vraag voorgelegd of de betreffende patiënt volgens hun oordeel evengoed, binnen een termijn van één jaar, overgeplaatst zou kunnen worden naar

een voorziening buiten het apz. Ook werd gevraagd naar welke voorziening dit zou zijn. Hierbij werd uitdrukkelijk gesteld dat deze voorziening niet reeds gerealiseerd hoefde te zijn in het verzorgingsgebied van het betreffende apz. De gegevens die een oordeel van het team vergden, werden op basis van consensus verkregen. Bij deze procedures werd gebruik gemaakt van een gestandaardiseerd vragenformulier.

Statistische analyse

Het feit of de patiënt, volgens het oordeel van het team, wel of niet in aanmerking komt voor vervangende zorg, staat in de analyse centraal. De factoren die invloed kunnen hebben op dit gegeven, zijn de eerder genoemde demografische, klinische en gedragsmatige aspecten, zoals die door de teams gescoord worden. De verschillen tussen de groep patiënten die wel in aanmerking komt voor vervangende zorg en de groep die niet in aanmerking komt, worden in eerste instantie uitgedrukt in (ruwe) risk ratio's. Hierbij is nog geen rekening gehouden met de invloed die de verschillende factoren op elkaar kunnen hebben.

Daarna is gekozen voor de soberste vorm van logistische regressie. De afhankelijke variabele is het feit of iemand wel of niet in aanmerking komt voor vervangende zorg. Voor elke afzonderlijke (onafhankelijke) factor wordt een risicomaat, de zogenaamde odds ratio, berekend. In dit onderzoek geeft deze maat aan in welke mate het betreffende kenmerk voorspelt of een patiënt in aanmerking komt voor vervangende zorg. Er zijn drie logistische regressieanalyses uitgevoerd. Bij de eerste zijn alle onafhankelijke variabelen gelijktijdig in de analyse betrokken. Op deze manier wordt duidelijk welke variabelen het beste voorspellen of iemand in aanmerking komt voor vervangende zorg. Op grond van dit model is een tweede analyse uitgevoerd, waarbij alleen die variabelen gebruikt zijn die een significante impact hebben ($p < 0.05$) en een odds ratio groter of gelijk aan 2. Het derde model houdt rekening met significante variabelen die, naast het feit dat ze relatief gemakkelijk te verkrijgen zijn, ook te beïnvloeden zijn.

Ten slotte worden de drie modellen weergegeven door middel van ROC-curves (receiver operator characteristic curve). Deze geven op een eenvoudige wijze de relatie weer tussen de sensitiviteit en de specificiteit bij de verschillende combinaties van factoren. Dit biedt de gelegenheid een afweging te maken welk model het best aansluit bij de praktijk, rekening houdend met het prognostisch vermogen van de verschillende modellen.

Resultaten

In totaal zijn 1073 patiënten die aan de inclusiecriteria voldeden, door de verschillende behandelteams besproken. Volgens het oordeel van de teams kwamen 467 patiënten (43,5%) in aanmerking voor vervangende zorg binnen een termijn van één jaar. Tabel 1 geeft een overzicht van de voorzieningen waarvoor de patiënten in aanmerking komen.

Tabel 1: Behoeftte aan vervangende zorg volgens behandelteams

vervangende zorg	% (n = 467)
beschermende woonvormen	61,2%
zelfstandig wonen met ambulante zorg	20,4%
zelfstandig wonen en dagbehandeling	2,8%
gezinsvervangend tehuis licht verstandelijk gehandicapten	3,6%
bejaardentehuis	3,0%
psychiatrische gezinsverpleging	3,0%
niet bekend	6,0%

Het is duidelijk dat de behoefte aan plaatsen in de Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen het grootst is. Ruim 20% van de patiënten komt in aanmerking voor zelfstandig wonen in combinatie met ambulante behandeling (Riagg, polikliniek apz). De behoefte aan gezinsverpleging beperkt zich tot die psychiatrische ziekenhuizen die deze voorziening reeds in hun verzorgingsgebied hebben.

In tabel 2 worden de verschillen weergegeven tussen de groep die in aanmerking komt voor vervangende zorg en de groep die niet in aanmerking komt. Tevens zijn de ruwe risk ratio's gegeven, hetgeen betekent dat niet is gecorrigeerd voor de andere variabelen.

Tabel 2: Kenmerken van patiënten die in aanmerking komen voor vervangende zorg vs patiënten die niet in aanmerking komen

kenmerk	in aanmerking (n = 467)		niet in aanmerking (n = 606)		risk ratio
<i>geslacht</i>					
vrouw	227	(45%)	275	(55%)	1,0
man	240	(42%)	330	(58%)	
<i>leeftijd</i>					
< 25	31	(82%)	7	(18%)	2,6
25-35	86	(60%)	58	(40%)	1,9
35-45	93	(43%)	125	(57%)	1,4
45-55	90	(43%)	117	(57%)	1,4
55-65	72	(35%)	132	(65%)	1,1
65-75	67	(39%)	106	(61%)	1,3
> 75	28	(31%)	61	(69%)	
<i>opnameduur</i>					
1-2	100	(75%)	33	(25%)	2,5
2-5	166	(52%)	153	(48%)	1,7
5-10	77	(38%)	127	(62%)	1,3
> 10	124	(30%)	293	(70%)	
<i>diagnose</i>					
schizofrenie	159	(35%)	297	(65%)	
andere diagnose	306	(50%)	308	(50%)	1,4
<i>houding t.o.v. afdeling</i>					
positief	248	(47%)	276	(53%)	1,3
neutraal	163	(43%)	220	(57%)	1,2
negatief	55	(35%)	99	(65%)	
<i>houding t.o.v. ontslag</i>					
positief	201	(71%)	82	(29%)	2,6
neutraal	157	(42%)	217	(58%)	1,6
negatief	107	(27%)	296	(73%)	
<i>sociale vaardigheden</i>					
goed	197	(65%)	106	(35%)	2,3
redelijk	116	(57%)	89	(43%)	2,0
slecht	153	(28%)	401	(72%)	

Uit de tabel blijkt dat patiënten die jonger zijn dan 25 jaar, die korter dan twee jaar zijn opgenomen, die positief staan ten opzichte van ontslag en die goede sociale vaardigheden hebben, de grootste kans hebben om in aanmerking te komen voor vervangende zorg. Wat dit betreft is er geen verschil tussen mannen en vrouwen. De diagnose schizofrenie verkleint de kans om in aanmerking te komen niet noemenswaardig in vergelijking met een andere diagnose. Een positieve houding van de patiënt ten opzichte van de afdeling waar hij of zij verblijft vergroot, in geringe mate, de kans op ontslag.

Tabel 3 geeft de resultaten weer van de drie logistische regressieanalyses. In het eerste model zijn alle onafhankelijke variabelen opgenomen. Gecorrigeerd voor de andere variabelen is de invloed van leeftijd sterk afgenomen in vergelijking met de ruwe risk ratio's. Patiënten die jonger zijn dan 25 jaar, hebben weliswaar nog steeds een grotere kans in aanmerking te komen voor ontslag dan patiënten die ouder zijn dan 75 jaar, dit verschil is echter niet significant. Opmerkelijk is dat bij de groep 35-55-jarigen de kans afneemt voor ontslag. In deze groep neemt zelfs het risico toe om niet in aanmerking te komen. Mensen met redelijke en goede vaardigheden hebben ongeveer anderhalf maal meer kans in aanmerking te komen voor vervangende zorg dan mensen met slechte vaardigheden.

Tabel 3: Voorspellers om in aanmerking te komen voor vervangende zorg

kenmerk	model 1 (n = 1056)			model 2 (n = 1058)			model 3 (n = 1060)		
	p	OR	95% BI	p	OR	95% BI	p	OR	95% BI
leeftijd									
< 25 vs > 75	0.18	1.68	0.92-2.44						
25-35 vs > 75	0.41	0.85	0.45-1.25						
35-55 vs > 75	0.01	0.64	0.24-1.04						
55-75 vs > 75	0.70	0.94	0.62-1.26						
geslacht (♂/♀)	0.49	1.11	0.82-1.40						
houding t.o.v. afd. (+/-)	0.03	1.58	1.16-2.00						
sociale vaardigheden									
goed vs slecht	0.01	1.54	1.31-1.77				0.01	1.50	1.28-1.72
redelijk vs slecht	0.01	1.50	1.26-1.74				0.01	1.37	1.14-1.60
diagnose (schizo +/-)	< 0.01	2.00	1.70-2.30	< 0.01	1.89	1.61-2.17			
opnameduur (jaren)									
1- 2 vs > 10	< 0.01	2.20	1.85-2.55	< 0.01	2.72	2.39-3.05	< 0.01	2.25	1.91-2.59
2- 5 vs > 10	0.80	0.97	0.73-1.21	0.85	1.02	0.79-1.25	0.79	0.97	0.74-1.20
5-10 vs > 10	0.04	0.75	0.48-1.02	0.01	0.71	0.45-0.97	0.03	0.74	0.47-1.01
houding t. o. v. ontslag									
pos. vs neg.	< 0.01	2.46	2.32-2.69	< 0.01	2.58	2.37-2.79	< 0.01	2.30	2.09-2.51
neutr. vs neg.	0.64	0.95	0.73-1.17	0.20	0.89	0.70-1.08	0.60	0.95	0.76-1.14
% correct voorspeld		73%			69%			73%	

OR: Odds ratio

95% BI: 95% betrouwbaarheidsinterval

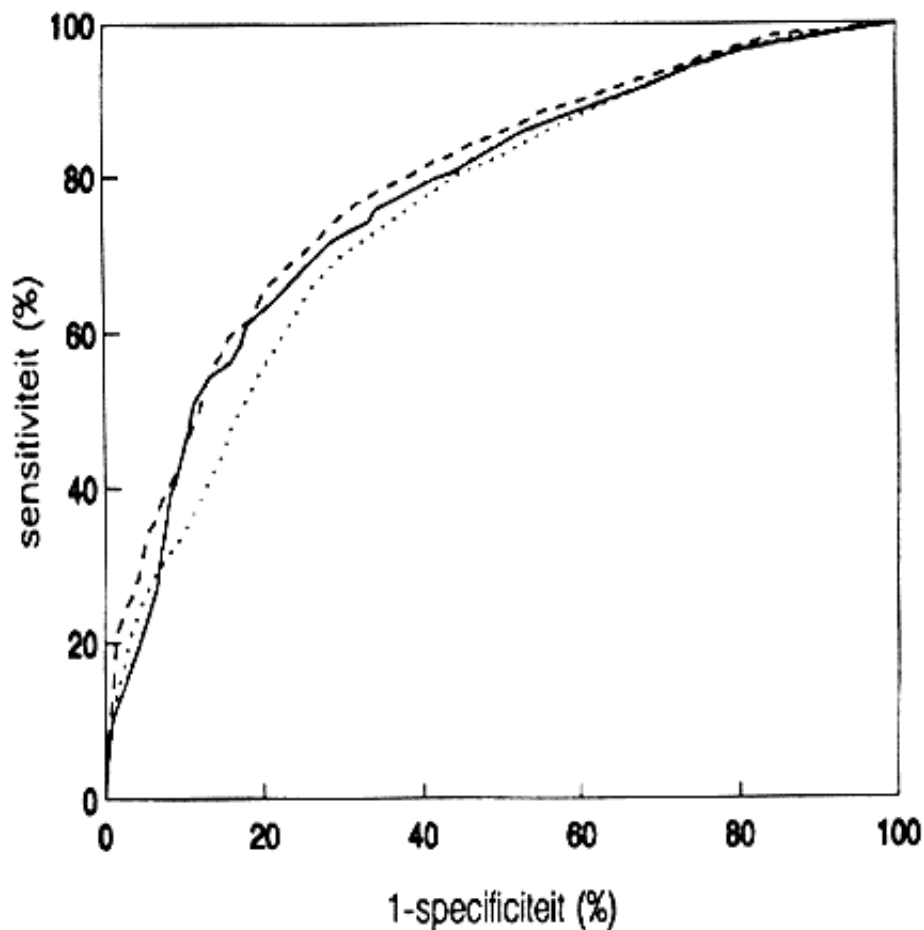
Patiënten met een andere diagnose dan schizofrenie hebben in dit model tweemaal zoveel kans om in aanmerking te komen voor ontslag als schizofrene patiënten. Dit is een duidelijke toename ten opzichte van de ruwe risk ratio. Een korte opnameduur vergroot duidelijk de kans op ontslag, afgezet tegen een duur van langer dan 10 jaar. Hoe langer de opnameduur, hoe groter het risico om in het apz te blijven. Patiënten met een positieve houding ten aanzien van de afdeling waar ze verblijven, hebben een grotere kans in aanmerking te komen voor vervangende zorg dan patiënten met een negatieve houding. Dit verschil is echter niet significant. Er is in dit model wederom geen verschil tussen mannen en vrouwen. Volgens de behandelteams is de houding van de patiënt ten opzichte van het ontslag uit het apz de beste voorspeller. Hoe positiever deze houding is, hoe groter de kans om in aanmerking te komen voor ontslag.

In het tweede model zijn alleen variabelen betrokken die een odds ratio groter of gelijk aan twee hebben en die significant verschillen (p 0.05). Het resultaat is dat de invloed van de diagnose iets afneemt. De invloed van een korte verblijfsduur en een positieve houding ten opzichte van ontslag nemen in kracht toe. Deze laatste twee variabelen zijn beïnvloedbaar en daarom geschikt om in een zorginhoudelijk relevant model op te nemen. De diagnose daarentegen is moeilijker te veranderen. Vandaar dat in de derde analyse alleen de houding ten opzichte van ontslag en de opnameduur gehandhaafd zijn. Toegevoegd zijn de sociale vaardigheden. Deze hebben in het eerste model een

significante bijdrage om ontslag te voorspellen. De odds ratio's zijn echter kleiner dan twee. Toch is dit een belangrijke variabele, gezien het frequent voorkomen in de literatuur. De logistische regressieanalyse met deze drie variabelen, weergegeven in model 3, laat zien dat de opnameduur en de houding ten opzichte van ontslag nog steeds sterke voorspellers zijn. De sociale vaardigheden blijven een significante rol spelen.

Indien wordt nagegaan hoeveel percent de verschillende modellen maximaal correct kunnen voorspellen, valt op dat het derde model in 73% van de gevallen goed voorspelt, terwijl het tweede model met de variabele diagnose in plaats van vaardigheden 69% voorspelt, ondanks een grotere odds ratio. Het eerste model, met alle onafhankelijke variabelen, classificeert evenveel goed als het derde model.

Figuur 1 geeft de drie modellen weer door middel van ROC-curves. ROC-curves laten zien dat als de sensitiviteit toeneemt de specificiteit normaal gesproken afneemt. Het discriminerend vermogen van een model neemt toe naarmate de curve verder naar de linkerbovenhoek ligt. Figuur 1 laat zien dat model 1, met alle variabelen, de grootste sensitiviteit bereikt. De combinatie van opnameduur, houding en diagnose (model 2) doet het minder goed. Model 3 zit tussen beide modellen in. Wij zijn vooral geïnteresseerd in een model met een hoge sensitiviteit. Het is immers minder problematisch een patiënt in aanmerking te laten komen voor vervangende zorg terwijl dat eigenlijk niet geïndiceerd is, dan iemand niet in aanmerking te laten komen terwijl dat wèl had kunnen gebeuren. Gezien het feit dat met name de beïnvloedbaarheid van de factoren voor de zorgpraktijk van belang is, gaat de voorkeur uit naar model 3 (houding t.o.v. ontslag, opnameduur en sociale vaardigheden).



Figuur 1: Roc-curves van modellen 1, 2 en 3

Discussie

Het onderzoek toont aan dat bijna 44% van de deelnemende patiënten die langdurig zijn opgenomen, volgens het oordeel van de behandelteams, in aanmerking komt voor vervangende zorg binnen een termijn van één jaar. Indien dit wordt geëxtrapoleerd naar alle algemeen psychiatrische ziekenhuizen in Nederland, zou dat betekenen dat ongeveer 4.800 chronische patiënten in aanmerking komen voor andere zorg buiten het apz. Haveman (1989) onderzocht in 1985 dezelfde populatie en kwam tot een percentage van 30%. Het betrof mensen die langer dan twee jaar waren opgenomen. Rekening houdend met deze opnameduur zou dit voor het hier beschreven onderzoek betekenen dat 39% in aanmerking zou komen voor vervangende zorg. Een verschil van 9% ten opzichte van 1985. Het is voorstelbaar dat dit verschil te verklaren is uit het groter aanbod van voorzieningen en de toegenomen belangstelling voor alternatieven voor een verblijf in het apz. Het kan tevens betekenen dat de indicatiestelling in de loop der jaren is veranderd.

In Nederland bestaat de meeste behoefte aan beschermende woonvormen. De ontwikkeling van deze woonvormen is tot voor enkele jaren echter veel trager verlopen dan de bedoeling was. De actuele raming van 5.450 plaatsen voor het jaar 2000 is nog altijd 1.000 plaatsen minder dan de gestelde norm. In 1993 bedroeg de totale RIBW-capaciteit 3.900 plaatsen, terwijl 1.400 plaatsen in voorbereiding waren (ministerie van WVC 1993). Deze 3.900 plaatsen worden echter reeds bezet, terwijl de 1.400

die hierbij zouden komen niet alleen bestemd zijn voor patiënten die afkomstig zijn uit een apz. Uit ons onderzoek blijkt dat voor circa 60% van de 4.800 in aanmerking komende patiënten op de chronische afdelingen van het apz, een RIBW-plaats een goed en reëel alternatief vormt. Dit betekent een uitbreiding van de bestaande capaciteit met 2.880 plaatsen, uitsluitend voor deze groep. De voorgenomen 1.400 extra RIBW-plaatsen zijn, gegeven deze onderzoeksresultaten, dan ook volstrekt onvoldoende. Een bijkomend probleem is dat in de beschermende woonvormen steeds minder doorstroming te verwachten is (Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg 1993) en dat het gevaar bestaat dat deze woonvormen veranderen in psychiatrische ziekenhuisjes buiten het centrale grote psychiatrisch ziekenhuis (Doorschot en Leenders 1990). De in dit onderzoek gebruikte statistische analysetechniek biedt de mogelijkheid zowel zorginhoudelijke als beleidsrelevante modellen te realiseren. Het lijkt in eerste instantie kunstmatig om via een modellenstructuur te denken en te handelen. Binnen de veelvuldig toegepaste holistische mensvisie wordt echter wel impliciet rekening gehouden met de invloed die factoren op elkaar kunnen hebben. Een logistisch regressiemodel heeft tevens het voordeel dat het aangeeft welke interventie of maatregel het meest gewenste effect oplevert.

Het eerste model, zoals beschreven in de resultaten, is als theoretisch uitgangspunt interessant. Het heeft echter nauwelijks praktische waarde. Het tweede model geeft al meer inzicht in hanteerbare voorspellers. Een complicatie is de complexiteit van de psychiatrische diagnostiek. Er schuilt nog veel onzekerheid in de diagnostische besluitvorming (Zarin en Earls 1993). Illustratief hiervoor is het onderzoek van Van Wel (1993). Hij onderzocht de gehele langverblijfpopulatie van een apz en komt tot de conclusie dat de psychiatrische diagnostiek weinig consistentie vertoonde: 46% van de bewoners had na twee jaar een andere psychiatrische hoofddiagnose.

Het derde model biedt meer duidelijkheid voor het zorginhoudelijke beleid. Uit de ROC-curves blijkt dat dit model ook het meest bruikbare is. Het is opvallend dat de rol van sociale vaardigheden tegenwoordig schijnbaar in een ander daglicht staat. Haveman (1988) toonde aan dat 57% van de patiënten met goede vaardigheden in aanmerking kwam voor vervangende zorg en dat dit opging voor 13% van de patiënten met slechte vaardigheden. Rekening houdend met een opnameduur langer dan twee jaar komt uit ons onderzoek dat respectievelijk 60% van de patiënten met goede en 26% van de patiënten met slechte vaardigheden in aanmerking komen. Dit laatste percentage is opmerkelijk. Het kan zijn dat de opnamedrempel van alternatieve voorzieningen in de loop der tijd is verlaagd en/of dat deze voorzieningen meer verzorgingsgeoriënteerd zijn gaan werken. Het is ook denkbaar dat het beheersen van sociale vaardigheden een minder prominente voorwaarde is geworden. Stein e.a. (1975) kwamen reeds tot de conclusie dat het aanleren van vaardigheden het beste in de maatschappij kan gebeuren. Uit de resultaten blijkt dat een lange verblijfsduur in het apz de kans op ontslag verkleint. Van Wel (1993) vindt echter dat een langere verblijfsduur in het apz blijkt samen te gaan met een afname van de tekorten in het functioneren. Het gaat in zijn onderzoek waarschijnlijk om patiënten die langer dan tien jaar zijn opgenomen. Tevens blijken deze patiënten meer gericht te zijn op het leven buiten het apz, waardoor hun maatschappelijke vaardigheden (sociale integratie) toenemen. Dit pleit ervoor om, ook bij een langere opnameduur, bijvoorbeeld langer dan tien jaar, plaatsing in vervangende zorg te blijven overwegen.

De houding van de patiënt ten aanzien van ontslag is volgens de behandelteams een belangrijke factor. Dit biedt de mogelijkheid om patiënten gericht te motiveren. Met name de groep die (nog) neutraal staat ten opzichte van ontslag, is in positieve zin te beïnvloeden. Dit kan samengaan met het vooral tijdig informeren en voorlichting geven over alternatieven voor het verblijf in het apz.

De voorspellende factoren zoals die in dit onderzoek gevonden zijn, kunnen een duidelijke rol spelen bij het indiceren of iemand in aanmerking komt voor vervangende zorg. Het belang van een goede indicatiestelling wordt nogmaals onderstreept door de ervaringen in Engeland en Amerika. De

deinstitutionalisering heeft in Amerika en Engeland de afgelopen decennia een grotere vlucht genomen dan het Nederlandse substitutiebeleid. De geestelijke gezondheidszorg is in beide landen aan meer veranderingen onderhevig dan welke gezondheidszorgvoorziening dan ook (Raftery 1992).

Deinstitutionalisering betekent veelal het sluiten van psychiatrische ziekenhuizen. In dat geval komt dus iedereen in aanmerking voor andere zorg (Raftery 1992; Dayson e.a. 1992; Thornicroft e.a. 1992). Dit heeft geleid tot kritische kanttekeningen. Groves (1993) signaleert het verschijnen van de 'vrijdagmiddagpatiënt', die wegens te grote druk op de bedden capaciteit zonder enige nazorgplanning wordt ontslagen. Lamb (1988) is van mening dat de deinstitutionalisering te ver is gegaan. Het beleid is te veel gebaseerd op ideologie en heeft weinig te maken met kwaliteit van zorg. Volgens de auteur wordt dit het best geïllustreerd door het fenomeen van de thuis- en dakloze psychiatrische patiënten. Een reisimpressie van Van Borssum Waalkes (1994) bevestigt dit beeld. Voor de situatie in de instellingen in Nederland is het te overwegen een verblijf van bijvoorbeeld langer dan één jaar in het apz te zien als een contra-indicatie voor verder verblijf, tenzij het tegendeel met goede argumenten, in overleg met de ziektekostenverzekeraars, is aangetoond. Dit betekent wel dat voldoende geschikte plaatsen voor vervangende zorg beschikbaar moeten zijn om continuïteit in de hulpverlening te kunnen garanderen. Indien een verlenging van het verblijf wel is geïndiceerd, zou een nieuwe zorgvuldige bijstelling van het individuele zorgplan met realistische en concrete doelstellingen de aandacht moeten krijgen (Voogt 1992). Zo wordt in ieder geval het vaak vanzelfsprekende verblijf binnen de muren van het apz ter discussie gesteld. Het oordeel van het behandelteam speelt bij dit proces een cruciale rol. Bij dit oordeel zou tevens kritisch gekeken moeten worden of voldoende aandacht is besteed aan het positief beïnvloeden van de houding van de patiënt om met ontslag te gaan en aan het stimuleren van vaardigheden.

Een belangrijke vraag is nog hoeveel patiënten die in aanmerking komen voor vervangende zorg, daadwerkelijk worden geplaatst. Het vervolg van het onderzoek naar de effecten van vervangende zorg kan hier wellicht meer duidelijkheid over verschaffen. Momenteel zijn er veel langdurig opgenomen patiënten die de boot gemist hebben, door afwezigheid of gebrekkige vormen van vervangende zorg in het verleden. Ook voor deze groep is nog hoop.

Literatuur

Balestrieri, M., R. Micciolo en M. Tansella (1987), Long-stay and long-term psychiatric patients in an area with a community-based system of care. A register follow-up study. *The International Journal of Social Psychiatry* 33

, 251-262.

Clifford, P., A. Charman, Y. Webb en S. Best (1991), Planning for community care. Long-stay populations of hospitals scheduled for rundown or closure. *British Journal of Psychiatry* 158

, 190-196.

Borssum Waalkes, J.B. van (1994), Amerikaanse toestanden. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 49

, 44-47.

Dayson, D., C. Gooch en G. Thornicroft (1992), The TAPS project. Difficult to place long term psychiatric patients: risk factors for failure to resettle long stay patients in community facilities. *British Medical Journal* 305

, 993-995.

Dickey, B., J.E. Gudeman, S. Hellman, A. Donatelle en L. Grinspoon (1981), A follow-up of deinstitutionalized chronic patients four years after discharge. *Hospital and Community Psychiatry* 32

, 326-330.

Doorschot, C.H., en J.G.M. Leenders (1990), Zijn er alternatieven voor langdurige verpleging in een psychiatrisch ziekenhuis? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 134

, 1833-1835.

Fisher, W.H., en B.F. Phillips (1990), Modelling the growth of long-stay populations in public mental hospitals. *Social Science Medicine* 30

, 1341-1347.

Groves, T. (1993), Reaching out - community care in Bassetlaw. *British Medical Journal* 306

, 132-136.

Haveman, M.J. (1988), Vaardigheden van lang opgenomen patiënten in relatie tot besluitvorming over vervangende zorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 30

, 417-430.

Haveman, M.J. (1989), Clinical judgement on alternative care for longstay patients in Dutch mental hospitals. *The International Journal of Social Psychiatry* 35

, 188- 196.

Lamb, H.R. (1988), Deinstitutionalization at the crossroads. *Hospital and Community Psychiatry* 39

, 941-945.

Ministerie van WVC (1993), *Nota Onder Anderen, geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg in maatschappelijk perspectief*

. SDU uitgeverij, 's-Gravenhage.

Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid (1984), Tweede Kamer vergaderjaar 1983-1984, 8463, nrs. 1-2.

Piggz 91 (1992), *Patiëntenregister Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg 11/92*

. NVGGz, SIG Zorginformatie, Utrecht.

Piggz 92 (1993), *Patiëntenregister Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg 10/93*

. NVGGz, SIG Zorginformatie, Utrecht.

Raftery, J. (1992), Mental health services in transition: The United States and the United Kingdom. *British Journal of Psychiatry 161*

, 589-593.

Stein, L.I., M.A. Test en A.J. Marx (1975), Alternatives to the hospital: A controlled study. *American Journal of Psychiatry 132*

, 517-522.

Stuurgroep toekomstscenario's Gezondheidszorg (1993), *Geestelijke volksgezondheid en geestelijke gezondheidszorg, signaleringsrapport 1993*

. NcGv, Utrecht.

Thornicroft, G., C. Gooch en D. Dayson (1992), Readmission to hospital for long term psychiatric patients after discharge to the community. *British Medical Journal 305*

, 996-998.

Voogt, A.C.F. (1992), De zorg voor verblijfspatiënten: Het gezichtspunt van de inspectie. In: C.J. Slooff en W.M.A. Verhoeven (red.), *Ontwikkelingen in en rond de verblijfspsychiatrie*

. Reed Healthcare Communications, Leiderdorp, p. 37-42.

Wel, T.F. van (1993), Chronisch psychiatrische patiënten in het APZ: diagnostiek, verblijfsduur en veranderde vaardigheden. *Tijdschrift voor Psychiatrie 35*

, 272- 277.

Zarin, D.A., en F. Earls (1993), Diagnostic Decision Making in Psychiatry. *American Journal of Psychiatry* 150

, 197-205.

Dankbetuiging

De auteurs danken het ministerie van WVC voor de subsidie die in 1990 voor de duur van vier jaar voor de uitvoering van het gehele onderzoek naar de effecten van vervangende zorg is toegekend, en René Reijnders voor zijn hulp bij de gegevensverzameling en -verwerking.

Summary: A new perspective: Predictors of alternative care for long-term psychiatric inpatients

In 1990 a prospective multicenter study was started on the effects of alternative care for long-term psychiatric patients. The goals of this study are: the selection of patients who are eligible for alternative care within one year, an assessment of adequate facilities according to patients' needs and the identification of predictors for out of hospital placement. All 1073 longstay patients (1 year), from seven general mental hospitals, were included in the study. The ward staff members assessed, by means of a standard- ized procedure, that about 44% of these patients were eligible for alternative care. Sheltered homes accounted for 60% of this group. The best set of predictors is a combination of the duration of stay in the hospital, the attitude of the patient towards discharge and the social skills. All these factors can be influenced and it is possible to increase the chance of discharge by means of goal-oriented interventions.

R. Schellings en M.J. Haveman zijn respectievelijk als gezondheidswetenschapper, toegevoegd onderzoeker en medisch socioloog, universitair hoofddocent verbonden aan de vakgroep Epidemiologie van de Rijksuniversiteit Limburg. O.H. Brook, socioloog, is medewerker van de afdeling Kwaliteit en Onderzoek van de Geneeskundige Hoofdinspectie Geestelijke Volksgezondheid te Rijswijk. Correspondentieadres: R. Schellings, vakgroep Epidemiologie, Rijksuniversiteit Limburg, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 26-5-1994.